

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

O._____, à [...], recourant, représenté par Me Caroline Ledermann,
avocate à Procap, Service juridique, à Bienne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 14a al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1969, est originaire de Bosnie Herzégovine. Il est arrivé en Suisse en août 2002 et y a déposé une demande d'asile. Il n'a pas exercé d'activité lucrative en Suisse et a été soutenu par les institutions cantonales d'aide sociale. Le 25 septembre 2008, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant être suivi par le Dr V. _____, médecin assistant à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne (ci-après: PMU), depuis le mois d'août 2008, ainsi que par la Dresse T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, depuis le mois de février 2005. Il est titulaire d'une autorisation de séjour (B) depuis le mois de novembre 2008.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a demandé des rapports médicaux aux médecins mentionnés dans la demande de prestations. Les Drs V. _____ et X. _____, chef de clinique à la PMU, ont répondu par un rapport du 12 novembre 2008, dans lequel ils ont fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis mars 2005, d'un état de stress post-traumatique depuis mars 2005 et d'un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques depuis mars 2005. L'assuré présentait depuis son arrivée en Suisse des douleurs thoraciques gauches, fluctuantes, chroniques, ainsi qu'une dépression persistante avec plusieurs épisodes de péjoration, des hallucinations acoustico-verbales à caractère fluctuant, avec des flash-back traumatisants des vécus pendant la guerre en Bosnie. Il avait été hospitalisé à [...] en février 2005 à la suite d'une exacerbation de sa dépression. Les douleurs thoraciques de même que des céphalées chroniques pulsatiles nucales, fluctuantes, ne trouvaient pas de corrélation objective dans les résultats des examens pratiqués. La dépression, les symptômes psychotiques, les douleurs à l'utilisation du bras gauche secondaires au corps étranger (fragments d'obus) entraînaient des difficultés de concentration en raison de ruminations, fatigabilité et irritabilité marquées. Enfin, l'assuré présentait un tabagisme chronique actif, un status post tentative d'extraction d'éclats d'obus de la paroi

thoracique gauche en novembre 2003 et un status post blessure par balle de la jambe gauche, depuis 1993. D'après, les auteurs du rapport, les atteintes à la santé entraînaient un empêchement de l'assuré à travailler avec le bras gauche au-dessus de la tête, à soulever ou porter des charges avec le bras gauche, ainsi qu'une limitation de la capacité de résistance, de concentration et d'adaptation aux exigences imposées par un travail.

Les Drs X. _____ et V. _____ ont joint plusieurs documents médicaux à leur rapport du 12 novembre 2008. Parmi ces documents, un rapport du 21 mars 2005 du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) indique que l'assuré a été admis d'office par le Dr W. _____, médecin au Service de psychiatrie de liaison du CHUV, le 16 février 2005, en raison d'un risque hétéro- et auto-agressif. Les diagnostics posés à l'époque étaient: «Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), état de stress post-traumatique chronique et sévère (F41.1), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)». L'assuré avait notamment participé durant plusieurs années à la guerre en Bosnie et avait vécu des périodes traumatisantes en tant que prisonnier. Il s'était présenté en urgence à la PMU pour des douleurs rétrosternales. Le bilan somatique s'était avéré sans particularité et l'on avait retenu une origine psychosomatique. A l'hôpital psychiatrique, une symptomatologie complète et sévère d'un état de stress post traumatique et d'un épisode dépressif sévère, associée à une symptomatologie psychotique, avaient été constatées. De plus, le patient se plaignait de douleurs migrantes, fluctuantes, handicapantes, dont l'intensité fluctuait parallèlement à l'état anxieux. Il présentait donc une importante perplexité, une anesthésie affective, un important trouble de l'élan vital, une perte d'espoir, une irritabilité marquée ainsi qu'une insomnie et des troubles de l'appétit. En ce qui concerne la psychomotricité, on notait une inhibition du dynamisme avec notamment une hypomimie. D'importantes tendances suicidaires et une forte agressivité avec des projets concrets de suicide avaient été notés, de même que des hallucinations acoustico-verbales associées à des réviviscences et des flash-back d'images traumatisantes vécues durant la guerre.

Pour sa part, la Dresse T. _____ a répondu aux demandes de l'OAI dans un rapport du 1^{er} décembre 2008. Elle y pose le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de guerre (faisant suite à un état de stress post traumatique; F41.1), et d'épisode dépressif moyen (F32.1), revêtant par moment une intensité sévère. La Dresse T. _____ suivait l'assuré depuis le 18 mars 2002.

Dans un nouveau rapport médical du 28 septembre 2009, la Dresse T. _____ a fait état d'une évolution plutôt favorable de la situation, avec une atténuation des symptômes les plus envahissants. Compte tenu de la forte motivation de l'assuré, une réinsertion (sous forme d'un stage d'évaluation, par exemple), méritait d'être tentée, avec l'espoir que cette expérience ait un effet bénéfique sur l'état psychique de l'assuré à travers une possible réparation identitaire. La Dresse T. _____ proposait donc une reprise d'une activité professionnelle à 50 % dans un cadre adapté (stage d'évaluation) et de manière progressive, dès le 10 septembre 2009. Le pronostic restait incertain en raison de la chronicité des symptômes ainsi que de la durée et de l'intensité du vécu traumatique. Dès lors que l'assuré se plaignait depuis des années de douleurs dans la poitrine, augmentant avec certains efforts, les travaux physiques nécessitant un effort musculaire important risquaient d'entraîner un inconfort en lien avec ces douleurs. D'un point de vue psychique, les symptômes dépressifs persistants diminuaient les facultés d'apprentissages complexes; il faudrait donc plutôt favoriser une activité manuelle, demandant des efforts physiques modérés.

L'OAI a confié au Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise médicale. Dans un rapport du 3 février 2010, ce dernier a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1), depuis 2002 au moins. Il a notamment exposé:

«Malgré la persistance d'une humeur fluctuante avec des abaissements de l'humeur par exemple face à l'évocation de son vécu à Srebrenica, l'assuré ne présente pas de diminution importante de l'intérêt et du plaisir (s'intéresse aux nouvelles et à la politique, prépare avec plaisir des spécialités culinaires, rencontre

volontiers et régulièrement sa soeur et sa belle-famille, intérêt pour la lecture etc...) ni de réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante (vie quotidienne, observation lors de l'examen clinique actuel, l'assuré pratique régulièrement de la musculation etc...). En l'absence d'une diminution manifeste de la concentration et de l'attention (examen psychiatrique actuel, l'assuré passe sans difficulté plusieurs heures d'affilée en lisant), des idées de culpabilité ou de dévalorisation chez un assuré qui se décrit comme quelqu'un d'honnête et correct, en déclarant que si tout le monde était comme lui, "le monde serait idéal", des idées ou actes autoagressifs ou suicidaires actuels, ainsi que d'une diminution de l'appétit, je ne peux pas confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif selon les critères de définition de la CIM-10.

Anamnestiquement, M. O. _____ décrit la persistance de cauchemars concernant son vécu traumatisant à Srebrenica, survenant chaque nuit depuis 1992. Cependant, il ne présente pas d'érousement émotionnel ou de détachement par rapport aux autres, s'étant engagé dans 2 relations sentimentales de longue durée depuis le traumatisme. En plus, il a toujours maintenu une vie sociale marquée par des relations proches et stables avec sa famille et belle-famille, sans insensibilité à l'environnement ou d'anhédonie chez un homme qui poursuit volontiers différents intérêts particuliers comme la cuisine, la littérature et le sport. Il n'y a pas non plus d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme chez un assuré qui a continué pendant plusieurs années son engagement dans l'armée puis dans le désarmement de mines après le traumatisme à Srebrenica et qui a passé sans difficulté un séjour dans son pays d'origine en été 2009 pour assister entre autres, à des commémorations pour les victimes de la guerre. En conséquence, ni l'anamnèse de l'assuré ni l'examen actuel présente suffisamment d'éléments objectivables en faveur de la persistance d'un état de stress post-traumatique après l'arrivée de l'assuré en Suisse en 2002.

Cependant, l'assuré souffre d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est actuellement insuffisante pour retenir le diagnostic d'un épisode dépressif léger ou moyen comme décrit ci-dessus. L'assuré lui-même décrit des périodes de quelques jours pendant lesquels il se sent relativement bien et par exemple capable de poursuivre ses diverses activités de la vie quotidienne ainsi que de rencontrer avec plaisir sa soeur installée [...] ou sa belle-famille installée à [...] où l'assuré se rend sans difficulté en voiture. Mais la plupart du temps, il se sent déprimé et irritable. Tout lui coûte et peu de choses lui sont agréables. Il rumine par moments quant au vécu dans son pays d'origine ainsi que des injustices subies par les autres, il se plaint de douleurs, dort mal et a perdu confiance en lui-même. Néanmoins, il est resté capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne et d'assurer, par exemple, une partie importante des tâches ménagères, de poursuivre ses intérêts particuliers et de mener une vie sociale active. En plus, M. O. _____ poursuit régulièrement des projets d'avenir, ayant suivi des cours de langue pendant plusieurs mois, plusieurs heures par jour, 5 jours par semaine dans des groupes d'environ 20 personnes, ainsi que d'apprendre avec succès, la conduite de voiture, ayant passé son

permis en 2007. En conséquence, j'ai retenu le diagnostic d'une dysthymie selon les critères de définition de la CIM-10.

Comme c'est souvent le cas pour des dysthymies à début tardif, l'état de l'assuré est survenu dans le contexte d'un événement stressant manifeste, ayant subi des traumatismes lors de la guerre en Bosnie avec un état qui peut avoir répondu aux critères d'un état de stress post-traumatique à l'époque. Cependant, l'anamnèse de l'assuré ne permet pas de retenir la persistance d'un état de stress post-traumatique comme décrit ci-dessus, Il est compris dans le diagnostic d'une dysthymie que l'état de M. O. _____ répond de manière transitoire aux critères d'un épisode dépressif comme décrit par exemple lors de l'hospitalisation à [...] de février à mars 2005. Cependant, la durée de cet épisode reste limitée à quelques mois au maximum chez un assuré qui décrit lui-même une amélioration de son état au cours de 6 mois de traitement, lui ayant permis par exemple de reprendre son cours de français en septembre 2005, avant de passer son permis de conduire en 2007 ou de partir en vacances en été 2009, ce qui n'est pas compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif.

Également dans le contexte de sa dysthymie, l'assuré souffre de douleurs dans plusieurs parties du corps, persistant depuis des blessures subies pendant la guerre. En l'absence d'une explication suffisante de ces douleurs par un processus physiologique ou un trouble physique, les médecins somaticiens ont retenu le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, existant depuis mars 2005. Étant donné que l'assuré commence cependant un traitement psychiatrique pour des symptômes dépressifs déjà avant cette date, les douleurs de l'assuré constituent un phénomène d'accompagnement de sa dépression chronique, sans justifier un diagnostic indépendant de sa dysthymie, selon la CIM-10.

La dysthymie de l'assuré se présente dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par une sensibilité aux échecs ainsi qu'un caractère soupçonneux avec une tendance aux blessures narcissiques. Malgré cette structure de personnalité, l'assuré a cependant été capable de s'engager dans des relations sentimentales durables, de fonder une famille, ainsi que de poursuivre, pendant plusieurs années, différentes activités professionnelles pour assurer la base existentielle de sa famille. Après immigration en Suisse, M. O. _____ ne présente pas un retrait social, ni de sentiment manifeste de vide ou de perte d'espoir, ni de détachement ou l'impression permanente d'être "sur la brèche", mais décrit lui-même des périodes pendant lesquelles il se sent bien. En plus, il poursuit volontiers ses différentes activités comme des cours de langue et son intérêt pour la politique. L'assuré ne présente ainsi pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité ni de critères pour le diagnostic d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Néanmoins, M. O. _____ s'est installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective des différents symptômes qui présentent cependant des incohérences importantes avec les

éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen actuel comme décrit ci-dessus. Similairement, l'assuré décrit des symptômes nécessitant selon lui la prise régulière de 2 antidépresseurs et d'un neuroleptique. Le monitoring médicamenteux montre cependant des résultats qui correspondent à l'absence de toute prise de Remeron® depuis au moins 4 jours avant l'examen ainsi [qu']une prise largement insuffisante de Cipralex® et de Zyprexa® surtout au vu des dosages prescrits à l'assuré. En conclusion, l'effort pour surmonter les quelques symptômes dépressifs associés à sa dysthymie afin de reprendre une activité professionnelle par exemple dans l'activité habituelle de l'assuré en qualité d'aide cuisinier, reste raisonnablement exigible et la capacité de travail est entière dans toute activité respectant d'éventuelles limitations fonctionnelles somatiques.»

A réception de cette expertise, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision, le 9 avril 2010, par lequel il annonçait son intention de refuser l'octroi de prestations (mesures d'ordre professionnel et rente).

L'assuré a contesté ce projet de décision en produisant notamment un avis médical établi le 7 juin 2010 par la Dresse T._____, dans lequel celle-ci a pris position sur différents points de l'expertise du Dr J._____.

Par décision du 23 juillet 2010, l'OAI a maintenu son refus de prestations en se référant, pour l'essentiel, à l'expertise réalisée par le Dr J._____ et en considérant que l'assuré ne subissait pas d'atteinte durable à sa capacité de gain.

B. Par acte du 10 septembre 2010, O._____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision. Il en demande l'annulation et conclut à l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle et d'une rente d'invalidité avec effet dès le mois de septembre 2007, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, il conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour expertise médicale et nouvelle décision.

Le 3 décembre 2010, le recourant a produit un rapport établi le 26 novembre 2010 par le Dr N._____, médecin assistant au Service de Gastro-entérologie et d'Hépatologie du CHUV. Ce médecin indique avoir été consulté par l'assuré en raison de douleurs épigastriques et abdominales chroniques mal systématisées. L'origine de ces douleurs était

un adénocarcinome du duodénum découvert malheureusement à un stade passablement avancé. L'incapacité de travail de l'assuré était totale, non seulement en raison du status post-opératoire, mais également en raison du mauvais pronostic de la maladie.

Le 20 décembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis de son Service médical régional (ci-après: SMR) du 9 décembre 2010. Les Drs L. _____ et Q. _____ y exposent que le cancer du duodénum peut se manifester par des douleurs abdominales, plus particulièrement du creux épigastrique, c'est-à-dire la région située sur la ligne médiane, immédiatement en-dessous du manubrium sternal. Les rapports médicaux à disposition décrivaient des «douleurs dans la poitrine», «thoraciques gauches», «rétrosternales». Un rapport rhumatologique faisait état de douleurs de l'épaule gauche et le chirurgien thoracique avait mentionné des douleurs scapulaires gauches. L'essentiel de cette symptomatologie pouvait être mise sur le compte d'un corps étranger métallique entre le muscle sous-épineux et le deltoïde gauches. Selon toute vraisemblance, ces douleurs n'étaient pas dues au cancer du duodénum. Le tableau décrit par le Dr N. _____ était différent et les douleurs initialement présentées n'étaient pas typiques d'un cancer du duodénum. Rétrospectivement, il était impossible d'exclure un lien entre ces douleurs et le cancer, mais cette hypothèse paraissait peu vraisemblable compte tenu du tableau clinique qui avait conduit à la découverte du cancer. Les Drs L. _____ et Q. _____ précisaient ne pas voir quelle mesure d'instruction complémentaire serait à même d'apporter «une certitude» sur ce point.

Le 21 décembre 2010, le recourant a produit un rapport établi le 16 décembre 2010 par le Dr P. _____, médecin assistant au Service d'oncologie du CHUV. Celui-ci expose que l'assuré présente un adénocarcinome duodénal, de type intestinal, pris en charge chirurgicalement avec une duodéno-pancréatectomie céphalique selon Whipple le 14 octobre 2010. Une chimiothérapie adjuvante de type FOLFOX était en cours. L'asthénie liée au traitement de chimiothérapie ainsi que des douleurs post-opératoires justifient une incapacité de travail

complète. La durée de l'incapacité de travail devra être évaluée en fonction de la tolérance au traitement; toutefois, la persistance d'une incapacité de travail complète pendant toute la durée de la chimiothérapie (prévue pour une durée de 6 mois) ne pouvait être exclue, surtout dans une éventuelle activité comme ouvrier dans le bâtiment.

L'intimé a maintenu ses conclusions par acte du 10 février 2011, en précisant que l'incapacité de travail totale attestée en raison du cancer, postérieure à la décision litigieuse, pouvait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestation.

Le 28 février 2011, le recourant a allégué que l'incapacité de travail due à l'atteinte oncologique était antérieure à la décision du 23 juillet 2010. Néanmoins, une nouvelle demande avait été déposée conformément à la suggestion de l'intimé. Pour le surplus, le recourant maintenait ses conclusions et produisait un rapport médical du 30 septembre 2010 des Drs S._____, chef de clinique à la PMU de Lausanne, et B._____, médecin assistante dans cet établissement. Tous deux posent notamment les diagnostics suivants:

- «1. Etat de stress post-traumatique.
2. Trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques.
3. Syndrome douloureux somatoforme chronique, lié aux douleurs somatiques ressenties pendant la guerre qu'il [l'assuré] a vécu à Srebrenica.
4. Status post blessure par balle à la jambe G en 1993.
5. Status post blessure de la paroi thoracique G par éclats d'obus.
6. Status post tentative d'extraction du corps étranger de la paroi thoracique G en 2003, soldée par un échec.
7. Epigastralgies chroniques sans support somatique et entraînant des troubles nutritionnels avec carences martiale et vitaminique.
8. Lithiase vésiculaire.
9. [...]»

Ils précisent que les problèmes psychiatriques et les douleurs chroniques entraînent des difficultés de concentration, une fatigabilité et une irritabilité marquées, ainsi qu'un certain ralentissement psychomoteur. En ce sens, l'assuré est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle, quels que soient les mouvements que demanderait cette activité. Au niveau du bras gauche, ce sont surtout les

mouvements en élévation du bras avec ou sans charge qui occasionnent un handicap. L'assuré souffre de ces troubles depuis les années 90 et bien que les symptômes semblent plus ou moins stabilisés, une évolution favorable semble improbable vu la durée et la sévérité des troubles.

Le 8 juillet 2011, le recourant a demandé qu'un expert judiciaire soit désigné pour établir «les symptômes et l'évolution» d'un adénocarcinome tel que celui qu'il présentait. A titre subsidiaire, il demandait un délai pour produire un rapport médical sur ce point, en précisant que «le Prof. D._____, médecin chef au CHUV au service de chirurgie viscérale, parlait d'une symptomatologie haute (compatible avec les douleurs retrosternales décrites précédemment) avec difficulté à digérer et état général perturbé avec impact direct, les derniers mois précédents, sur la capacité de travail.» A l'appui de celle demande, il a produit un rapport du 19 octobre 2010 du Prof. D._____.

Le 25 juillet 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé les parties du fait qu'il rejetait la demande d'expertise, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, Il n'avait toutefois pas d'objection à ce que le recourant complète ses moyens de preuves par le dépôt d'un nouveau rapport médical, pour autant que la procédure n'en soit pas excessivement retardée. Un délai lui était imparti au 14 octobre 2011 pour le faire. Le 21 septembre 2011, le juge a maintenu ce refus en précisant qu'il ne pouvait pas garantir la prise en charge de frais d'expertise privée par le tribunal. Le 14 octobre suivant, il a prolongé au 14 novembre le délai imparti au recourant pour compléter ses moyens de preuve.

Le 14 octobre 2011, le recourant a produit un rapport établi le 12 octobre 2011 par le Dr G._____, médecin adjoint au Service de chirurgie viscérale du CHUV, et rédigé comme suit:

«L'histoire de la maladie de ce patient commence lors de plusieurs consultations ambulatoires au CHUV pour des problèmes psychiques, à l'époque attribués à des symptômes post-traumatiques causés par la guerre en Bosnie entre 1992 et 1996. En reprenant le dossier complet de Monsieur O._____, les symptômes

pour lesquels il a été opéré dans notre service en octobre 2010 datent de bien avant. Il a en effet consulté à plusieurs reprises fin 2009 pour des douleurs épigastriques et une fatigue avec perte pondérale. Des investigations complètes au centre d'endoscopie, sous forme d'une endoscopie de l'estomac et du duodénum, ont été effectuées en mars 2010. Malheureusement, aucune trace de tumeur n'a été décelée à ce moment-là. Les douleurs étant toujours présentes, diverses discussions ont eu lieu avec les médecins le suivant. Une indication pour ablation de la vésicule biliaire a été retenue comme seule option pour tenter d'amender la symptomatologie. Une hospitalisation en urgence pour une hémorragie a conduit à des investigations. Celles-ci ont démontré comme origine de cette hémorragie une tumeur de la région du pancréas et du duodénum, plutôt avancée. Le patient a été opéré le 14 octobre 2010 d'une intervention très compliquée pour ce type de tumeur. Pour répondre clairement à votre question "Est-ce que les symptômes que présentait Monsieur O. _____ étaient déjà présents fin 2009 et début 2010 ?" La réponse est oui, sur la base de la taille de cette tumeur et d'une analyse anatomopathologique effectuée après cette intervention. Il s'agit d'une tumeur très avancée, ayant déjà donné des métastases ganglionnaires et dont, selon nos données de la littérature, la croissance pour atteindre cette taille est d'au moins une année. La suite du traitement consiste en une chimiothérapie qui devrait se finir en octobre prochain. Cependant, le pronostic concernant sa maladie est très réservé. En effet, la tumeur est à un stade allant certainement récidiver, malgré le traitement. Par ailleurs, l'espérance de vie moyenne chez les patients présentant ce type et stade de tumeur dépasse rarement 24 mois.»

Ce document a été communiqué pour information à l'intimé le 2 novembre 2011. Le même jour, les parties ont été informées du fait que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait notifié, vraisemblablement avant la fin de l'année 2012.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi

attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réinsertion professionnelle et à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 14a al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en oeuvre de mesures d'ordre professionnel.

Par incapacité de travail au sens de cette disposition, il faut entendre toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). La notion d'invalidité implique donc, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 sv.).

4. a) Le recourant a présenté une demande de prestations le 25 septembre 2008. Le droit aux prestations litigieuses n'entre donc pas en considération avant cette date pour les mesures de réinsertion professionnelle, et avant le mois de mars 2009 pour la rente d'invalidité

(art. 29 al. 1 LAI). Compte tenu des délais d'attente de six mois et une année prévus par les art. 14a al. 1 et 28 al. 1 LAI, le point de savoir si le recourant présentait une incapacité de travail et de gain à partir du mois d'avril 2008 est déterminant.

b) Le recourant soutient qu'il présentait, lors du dépôt de sa demande, une incapacité de travail totale, en raison d'atteintes à sa santé psychique, depuis de nombreuses années. Cette incapacité a ensuite perduré jusqu'en septembre 2009, période à partir de laquelle une réinsertion professionnelle à 50 %, dans un cadre protégé pouvait être envisagée d'un point de vue psychiatrique. Toutefois, un adénocarcinome du duodénum s'est développé et entraîne désormais une incapacité de travail totale. Le recourant ne précise pas à partir de quand cette tumeur a affecté sa capacité de travail, mais se réfère à l'avis du Dr G. _____ qui atteste que son développement date d'une année au moins compte tenu de sa taille lors de son ablation en octobre 2010 (rapport du 12 octobre 2011). Le recourant allègue, enfin, qu'il présente depuis longtemps des séquelles somatiques des blessures dont il a été victime pendant la guerre et que l'instruction menée par l'intimé a été insuffisante sur ce point.

L'intimé soutient pour sa part que le recourant ne souffrait pas, entre 2008 et 2010, d'atteinte à sa santé psychique affectant sa capacité de travail. Il se réfère sur ce point à l'expertise établie par le Dr J. _____. L'intimé conteste, par ailleurs, que l'adénocarcinome du duodénum, dont l'existence a été découverte postérieurement à la décision litigieuse, ait entraîné une incapacité de travail pour une date antérieure à cette décision.

5. a) En ce qui concerne l'état de santé psychique du recourant, le Dr J. _____ a constaté, dans son rapport d'expertise du 3 février 2010, qu'il n'avait entraîné aucune incapacité de travail entre 2008 et 2010. Cette expertise a été réalisée dans les règles de l'art et revêt une pleine valeur probante. Le Dr J. _____ a établi une anamnèse complète, avait connaissance de l'ensemble des pièces du dossier, et a dûment décrit et pris en considération les plaintes de l'assuré. Il a exposé de manière claire

et convaincante pourquoi il réfutait les diagnostics d'épisode dépressif sévère, d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité, posés par plusieurs de ses confrères, notamment par la Dresse T._____. Ses explications sont d'autant plus convaincantes qu'elles prennent explicitement appui dans les éléments de l'anamnèse et ses constatations cliniques. Ainsi le Dr J._____ a-t-il réfuté le diagnostic d'épisode dépressif sévère par le fait qu'il n'avait pas objectivé de trouble important de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur, et que l'assuré n'avait pas présenté de signe de manque d'énergie ni de fatigue pendant l'entretien. Il lui avait fait part de son intérêt pour la lecture - passant volontiers «jusqu'à 4 heures d'affilée à lire des livres sur différents sujets» — et la cuisine. L'expert a également noté l'absence de réduction de l'énergie et n'avoir pas constaté que des efforts minimums entraînaient une fatigue importante, compte tenu de la description de sa vie quotidienne par l'assuré, de l'examen clinique et du fait qu'il faisait régulièrement de la musculation (au moins deux fois par semaines, parfois chaque jour, selon l'anamnèse). Le Dr J._____ a également réfuté le diagnostic d'état de stress post traumatique persistant ou de modification durable de la personnalité en soulignant que malgré la persistance de cauchemars, l'assuré n'avait pas adopté de conduite d'évitement par rapport aux événements subis pendant la guerre. Il avait continué pendant plusieurs années son engagement dans l'armée, puis dans le désarmement de mines et avait passé sans difficulté un séjour dans son pays d'origine en 2009 pour assister, entre autres, à des commémorations pour les victimes de la guerre. Il s'était également engagé dans deux relations sentimentales de longue durée depuis le traumatisme, ce qui traduisait l'absence d'émoussement émotionnel. Il n'avait pas présenté de retrait social ni de sentiment manifeste de vide, et avait notamment suivi des cours de langue et passé son permis de conduire en 2007. Il ne présentait donc pas de déviation extrême ou significative des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui.

Le recourant conteste en vain la valeur probante de l'expertise en se référant, notamment, aux critiques émises par la Dresse T._____

le 7 juin 2010. En particulier, le Dr J._____ n'a pas négligé le fait que l'assuré avait été confronté à des actes de violence collective extrême ni la persistance de cauchemar. Par ailleurs, le choix de la deuxième épouse de l'assuré parce qu'«elle connaissait et comprenait la souffrance» ainsi qu'en raison de son caractère taciturne, de même que le fait que l'assuré déclare devoir s'éloigner pour ne pas devenir violent lorsqu'elle exprime des émotions, ne suffisent pas à considérer que le Dr J._____ a nié à tort un émoi affectif dû son traumatisme. L'expert a souligné le fait que l'assuré voyait régulièrement sa sœur à [...], ce que la Dresse T._____ confirme (avec une fréquence d'une fois par mois, ainsi que des téléphones). Il a également considéré que l'assuré ne souffrait pas d'un retrait social prononcé, ce qui est corroboré notamment par les cours de langues et de conduite qu'il a pris. Le fait que l'assuré ait mentionné à la Dresse T._____ qu'il consacre ses activités de lecture essentiellement sur le vécu de guerre ne semble pas correspondre à ce qu'il a relaté lors de son entretien avec le Dr J._____, lors duquel il a fait état de lecture relatives «à différents sujets». Quant à l'intérêt du recourant pour la politique actuelle en Bosnie, il ne reflète pas forcément le traumatisme vécu, mais peut s'expliquer simplement par son intérêt pour son pays d'origine. De manière plus générale, on observera que si la Dresse T._____ met certes en évidence certaines circonstances qui plaident sans doute en faveur des diagnostics qu'elle pose, le Dr J._____ ne les a pas ignorées, mais les a intégrées dans une appréciation laissant plus de place à ses constatations objectives lors de l'examen clinique. Cela renforce la valeur probante de l'expertise. En ce qui concerne, enfin, les résultats de l'analyse sanguine demandée par le Dr J._____, et qui ont conduit à la constatation d'une mauvaise compliance médicamenteuse, la Dresse T._____ met ce constat sur une interruption momentanée du traitement dans le contexte d'une petite intervention alléguée par l'assuré; on ne trouve toutefois nulle trace au dossier de cette intervention, qui aurait théoriquement dû se dérouler peu avant l'expertise. Quoi qu'il en soit, la mauvaise compliance n'a constitué que l'un des critères sur lesquels l'expert s'est fondé et rien n'indique qu'il a revêtu un caractère déterminant dans son analyse.

Les autres rapports médicaux auxquels se réfère le recourant ne sont pas assez motivés pour mettre en doute les constatations du Dr J._____ (rapport du 12 novembre 2008 des Drs X._____ et V._____ ; rapport du 3 septembre 2009 des Drs Z._____ et F._____ ; rapport du 30 septembre 2010 des Drs S._____ et B._____), ou se réfèrent à une période nettement antérieure à la période déterminante en l'espèce, notamment à l'épisode dépressif subi par le recourant en 2005, que le Dr J._____ n'a pas mis en doute.

b) Sur le plan somatique, les séquelles de blessures de guerre alléguées par l'assuré consistent en un status post blessure par balle à la jambe gauche en 1993, un status post blessure de la paroi thoracique gauche par éclat d'obus et un status post tentative d'extraction du corps étranger de la paroi thoracique gauche en 2003. Ces atteintes ont fait l'objet de nombreuses investigations, en relation avec les douleurs retrosternales et à l'épaule, ainsi qu'avec des gonalgies, dont se plaignait l'assuré, sans que les médecins consultés constatent d'atteinte objectivable pouvant expliquer les douleurs alléguées (rapport du 17 février 2005 des Drs H._____ et W._____ ; rapport du 13 juillet 2006 des Drs M._____ et R._____ ; rapport du 7 décembre 2005 du Dr C._____). Dans ces conditions, l'intimé a constaté à juste titre l'absence d'atteinte à la santé physique entraînant une incapacité de travail. Au demeurant, à supposer qu'une telle atteinte fût avérée, il paraît exclu qu'elle entraîne une incapacité de travail dans une activité légère ne mettant pas à contribution le bras gauche pour le port de charges ou au dessus de l'horizontale (rapport du 17 février 2005 des Drs H._____ et W._____). La capacité de travail résiduelle du recourant exclurait donc une incapacité de gain ouvrant droit aux prestations litigieuses, même en partant de l'hypothèse qu'il aurait exercé une activité lourde de manoeuvre en l'absence de toute atteinte à sa santé, le recourant ne tentant d'ailleurs pas de démontrer le contraire.

c) Il ressort des rapports médicaux produits par le recourant à l'appui de ses conclusions qu'il a été opéré d'un adénocarcinome du duodénum en octobre 2010. Cette maladie a été découverte tardivement.

Sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, le tribunal considère toutefois qu'une expertise, demandée par le recourant, ne permettrait pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que cette atteinte avait entraîné une incapacité de travail pendant une année au moins au moment de la décision litigieuse du 23 juillet 2010. Dans son rapport du 19 octobre 2010, le Dr D._____ a précisé que la tumeur avait entraîné «ces derniers mois», une symptomatologie haute avec difficulté à digérer et un état général perturbé, et que cette situation avait eu «ces derniers mois», un impact indirect sur la capacité de travail. Pour sa part, le Dr G._____ a constaté, dans son rapport du 12 octobre 2011, que l'assuré avait consulté à plusieurs reprises «fin 2009» pour des douleurs épigastriques et une fatigue avec perte pondérale. Les symptômes étaient déjà présents fin 2009, début 2010, notamment si l'on prenait en considération la taille de la tumeur lors de son ablation en octobre 2010, qui rendait vraisemblable un développement pendant au moins une année.

Ces renseignements figurant dans les rapports des Drs D._____ et G._____ établissent, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré a souffert d'un adénocarcinome du duodénum dès la fin de l'année 2009, mais n'établissent pas que cette atteinte aurait été antérieure, ni, surtout, qu'elle aurait entraîné une incapacité de travail antérieurement à la fin de l'année 2009. A cet égard, on observera que le recourant présente de longue date des douleurs retrosternales irradiant dans la tête et les membres supérieurs, de façon alternée (rapport du 17 février 2005 des Drs H._____ et W._____). Cette symptomatologie est différente du tableau qui a motivé les investigations gastro-entérologiques qui ont mis en évidence un adénocarcinome du duodénum, comme l'exposent les Drs Q._____ et L._____ dans leur prise de position du 9 décembre 2010. Il n'est, certes, pas possible d'exclure totalement que la tumeur découverte ait entraîné, plus d'une année avant la décision litigieuse, une incapacité de travail et de gain notable, mais il ne s'agit pas de l'hypothèse la plus plausible. Une expertise *a posteriori* ne permettrait pas, par ailleurs, de la rendre

suffisamment vraisemblable pour qu'elle puisse être tenue pour établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

d) En l'absence d'atteinte à la santé ayant entraîné, au moment de la décision litigieuse du 23 juillet 2010, une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable, et une incapacité de gain de 40 % au moins, les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité sont infondées. Les conclusions relatives à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle semblent par ailleurs sans objet, pour le moment en tout cas, au regard de l'incapacité de travail dans laquelle se trouve actuellement le recourant et dans laquelle il se trouvait, selon toute vraisemblance, en juillet 2010 déjà en raison d'un adénocarcinome du duodénum. Partant, les conclusions du recourant sur ce point doivent être rejetées dans la mesure où elles ne sont pas sans objet.

6. La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais de justice (décision du 5 novembre 2010 du Bureau de l'assistance judiciaire), de sorte que les frais judiciaires sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les frais liés à l'établissement du rapport du 12 octobre 2011 du Dr G._____ ne peuvent pas être pris en charge au titre de l'assistance judiciaire ni mis à la charge de l'intimé. Les conditions posées par la jurisprudence pour que les frais d'une expertise privée, diligentée par la partie recourante, soit mis à la charge de la partie intimée en dépit du rejet du recours, ne sont en effet par réunies en l'espèce (sur ces conditions: cf. ATF 115 V 62; TF 9C_544/2007 du 28 avril 2008 consid. 6). En particulier, le rapport du Dr G._____ n'était pas nécessaire pour trancher le litige et a confirmé l'appréciation anticipée des preuves communiquée au recourant les 25 juillet et 21 septembre 2011.

Enfin, le recourant, qui succombe, ne peut prétendre à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Les conclusions du recourant sont rejetées dans la mesure où elles ne sont pas sans objet.
- II. La décision rendue le 23 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Caroline Ledermann, avocate à Procap (pour O. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :